



Perú

La negación del derecho a la salud materno-infantil

“Para qué siendo tan pobre tienes hijos”

María Luz vive con su madre y sus hermanos en una casa de un solo ambiente en el departamento de Huánuco. La principal fuente de ingresos de la familia la constituye su chacra, en la que trabajan. A María Luz no le fue posible acudir a todos los controles prenatales porque no podía recorrer caminando los siete kilómetros de distancia hasta el establecimiento de salud de Huarichaca, especialmente cuando su embarazo ya estaba muy avanzado. El 20 de diciembre de 2004, María Luz dio a luz a una niña. La pequeña nació dos meses antes de tiempo, por lo que María Luz no pudo preparar su traslado al centro de salud antes del parto. Poco después de nacer, la bebé enfermó y María Luz la llevó al centro de salud, donde inmediatamente se le impuso una multa de 50 nuevos soles (15 dólares estadounidenses) por no haber acudido a los controles prenatales por haber dado a luz en su domicilio. El médico informó a María Luz de que había que trasladar a la bebé al hospital de Huánuco, la capital del departamento, y pidió a la familia que abonase 17 nuevos soles (5 dólares) para poder acompañar a la niña al hospital. Una vez allí, no se les permitió verla. El personal informó a María Luz de que la bebé padecía una infección, pero nadie le explicó la gravedad de su situación ni el tratamiento que se le estaba suministrando. El hospital cobró a la familia por el suero y las pastillas y le pidieron unos 500 nuevos soles (150 dólares) por una transfusión. Cuando María Luz insistió en que le explicasen qué le estaba ocurriendo a su hija, el médico le gritó: “para qué siendo tan pobre tienes hijos, ya no molestes [...] no se puede tener hijos siendo tan pobre”. La niña falleció 12 días después de su nacimiento. La familia desconoce hasta la fecha las causas de su muerte.

Las investigaciones llevadas a cabo por Amnistía Internacional revelaron que, a pesar de las iniciativas gubernamentales para mejorar el acceso a los servicios de salud de los grupos pobres y marginados, a las mujeres peruanas aún se les niega el acceso a la atención médica por ser pobres.

Cuando vas mal arreglada te hacen esperar más y entran antes los que llegan después pero van bien vestidos [...] y si reclamas te tratan peor.

Mujer (identidad no revelada) de Nauta, Iquitos, julio de 2005

En muchos casos, a la discriminación basada en la situación económica de una persona se suma la discriminación basada en su identidad cultural o étnica. El idioma materno de María Luz y de su familia es el quechua, una lengua indígena. La población indígena padece unos índices de pobreza extrema casi tres veces superiores a los del resto de la población. También se enfrenta a barreras culturales que le impiden acceder a los servicios de salud adecuados. Por ejemplo, pocos profesionales de la salud hablan lenguas indígenas.

“A las mujeres en zonas rurales, analfabetas o con nivel de instrucción bajo, con educación primaria, es difícil llegar [...] no hay suficiente personal que hable las lenguas [indígenas] [...] se les grita [...] se les dice que están sucias, que no se bañan [...]”

Obstetrix de Huánuco

El Ministerio de Salud ha constatado que entre las comunidades pobres y marginadas se dan muestras de una considerable falta de

confianza en los profesionales de la salud y en las técnicas utilizadas en los centros de salud durante el parto. Esto explica en parte el bajo porcentaje de mujeres de las zonas rurales que dan a luz en los centros de salud, que se reduce a un 21 por ciento. La resistencia a acudir a las clínicas para dar a luz puede acarrear consecuencias nefastas. Por ejemplo, según un estudio de UNICEF, la mayoría de las muertes perinatales en el distrito de Río Santiago, en la provincia de Condorcanqui, departamento de Amazonas, se habían producido por infecciones o asfixia, muertes que podrían haberse evitado si el parto hubiese tenido lugar en un centro de salud. El Ministerio de Salud ha publicado directrices que establecen criterios para atender los partos que se adecuan a las tradiciones indígenas. No obstante, en muchas localidades estas medidas, destinadas a reducir los obstáculos a los que se enfrentan las comunidades excluidas y remotas para acceder a los servicios de salud, no se han aplicado.

“Ahora nos atienden como nos gusta”

Las mujeres a las que entrevistó Amnistía Internacional citaron varios factores que les hacían difícil utilizar los establecimientos de salud del Estado y entre los que se encontraban la falta de mujeres médicas y enfermeras, el pudor que les producían los exámenes íntimos, las largas distancias que tenían que recorrer para llegar a los centros de salud, y la actitud desdeñosa de algunos profesionales de la salud. Ya en 1998, un estudio del Ministerio de Salud sobre el parto en los Andes y la Amazonía reveló que una de las principales razones por las que tan pocas mujeres de estas zonas daban a luz en los centros de salud tenía que ver con las diferencias entre los sistemas culturales y obstétricos. El estudio también identificó algunas prác-

El legado del conflicto armado

La discriminación fue uno de los factores que alimentó los 20 años de conflicto armado en Perú y hoy en día queda reflejada en las enormes desigualdades que caracterizan a la sociedad peruana. Las mujeres, en especial las mujeres indígenas y campesinas de las zonas rurales, padecieron enormes sufrimientos durante el conflicto. La violación se utilizó como arma de guerra y muchas fueron también objeto de otras formas de tortura y se las obligó a trabajar o a contraer matrimonio. Años después, siguen quejándose de problemas de salud física o mental, entre ellos problemas de salud reproductiva, derivados de la violencia a la que fueron sometidas.

La Comisión de la Verdad y Reconciliación, que se creó una vez terminado el conflicto en el año 2000, llegó en 2003 a la conclusión de que la persistente discriminación contra las comunidades pobres, indígenas y campesinas fue uno de los factores que contribuyó al ciclo de violencia imperante durante el conflicto armado. La Comisión señaló que el velado racismo y las actitudes despectivas subsistentes en la sociedad peruana contribuyeron a que las muertes de miles de indígenas en las comunidades campesinas pobres pasaran en gran medida inadvertidas para la opinión pública. En 2003, la Comisión recomendó que las autoridades adoptaran medidas urgentes para hacer frente a la discriminación económica, social, étnica y basada en el género. A pesar de que los sucesivos gobiernos han logrado algunos avances positivos en la mejora del acceso a la atención de salud, aún queda mucho por hacer.

ticas tradicionales que podían incorporarse al sistema de asistencia médica estatal.

Desde entonces, se han logrado algunos avances importantes para garantizar que la asistencia médica se adecua mejor a las diferentes culturas y que las mujeres participan plenamente a la hora de decidir las condiciones en las que dan a luz.

Una iniciativa llevada a cabo por la ONG Salud sin Límites, en el poblado de San José de Secce y las comunidades de Oqoqeqa, Punkumarqiri, Sañuq y Laupay, ubicadas en el distrito de San José de Santillana, provincia de Huanta, en el departamento de Ayacucho, en los Andes, ha logrado que haya un incremento en el número de partos que tienen lugar en centros de salud, que ha pasado del 6 por ciento en 1999 al 67 por ciento en 2003.

Anteriormente les llevaban a un cuarto, allí les cerraban y no dejaban entrar a sus familiares. No se enfermaban como ahora con la sogá ni en silla, sino echadas en la cama con las piernas abiertas, les gritaban y eso no les gustaba. Les atendían haciendo bulla, riéndose, eso tampoco les gustaba.

Ahora nos atienden como nos gusta ya sea en la cama o en la silla sentadas agarradas de la sogá. Nos agarra por la cintura nuestro esposo y eso nos gusta; porque así estamos acostumbradas en la chacra. Nos gustaría que nos sigan atendiendo así, haciendo hervir hierbas, dando remedios caseros igual que en casa.

Mujer entrevistada por Salud sin Límites en San José de Santillana,
julio de 2005

Las consultas con las mujeres y las comunidades locales contribuyeron de forma fundamental a fomentar la comprensión y la confianza entre los profesionales de la salud y a adoptar prácticas que se adecuasen a su cultura. Entre ellas estaba el garantizar que hubiese más personal que hablase quechua y más profesionales de la salud que fuesen mujeres. También se hizo hincapié en la importancia que tenía el asegurarse de se explicaban a las mujeres los exámenes y los procedimientos y de que éstas daban su consentimiento informado. Se llevaron a cabo talleres para informar a las comunidades de los nuevos procedimientos y se produjeron programas de radio y carteles en quechua explicando los cambios.

La experiencia de San José de Secce, Oqoqeqa, Punkumarqiri, Sañuq y Laupay demuestra todo lo que se puede lograr, y con un coste relativamente bajo, cuando existe voluntad política para eliminar algunos de los obstáculos que impiden a las mujeres pobres y marginadas acceder a los servicios de salud. Vencer la discriminación y los malentendidos ha permitido que haya una mayor cobertura de la atención de la salud materno-infantil por profesionales de salud y ha contribuido a reducir la morbilidad y mortalidad materno-infantil.

Principales recomendaciones

Los profesionales de la salud de todos los niveles deben recibir formación que les permita atender las necesidades de salud de las mujeres y los niños y niñas de las comunidades pobres y marginadas.

Las autoridades peruanas deben fomentar la participación de las comunidades en la toma de decisiones sobre el tipo de servicios de salud que necesitan y que desean y garantizar que los servicios que se ofrecen se adecuan a sus prácticas culturales.

El derecho internacional de los derechos humanos

Las autoridades peruanas están obligadas en virtud del derecho internacional de los derechos humanos a proteger la salud materno-infantil. Esto conlleva asimismo garantizar una distribución equitativa de los servicios de salud y que todas las mujeres y los niños y niñas disfruten de un acceso en igualdad de condiciones a ellos. El derecho a gozar de los derechos humanos sin discriminación alguna es uno de los principios fundamentales que caracterizan el derecho internacional de los derechos humanos.

Tal como estipula el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, el derecho a la salud incluye no sólo el derecho a recibir atención médica de forma oportuna y adecuada sino también el derecho a acceder a los factores esenciales para la salud como son el agua potable, servicios adecuados de saneamiento, alimentos y vivienda y acceso a la información, incluida la relativa a la salud sexual y reproductiva. Según el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas, este derecho a la salud engloba asimismo el derecho de los pueblos y las comunidades a participar en la toma de decisiones sobre la prestación de servicios de salud.

Pueden encontrar información adicional en el informe de Amnistía Internacional *Perú: Mujeres pobres y excluidas. La negación del derecho a la salud materno-infantil* (Índice AI: AMR 46/004/2006), que fue presentado en la III Conferencia Nacional de Salud, Lima, Perú, en julio de 2006.